

LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

SURAT PERNYATAAN JAMINAN
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

SEKSI 1

HAL: _____

Departemen Pelayanan Sosial dan Kesehatan saat ini sedang dalam proses untuk menentukan berhak tidaknya nama individu tersebut di atas. Saya akan menghargai kesediaan anda untuk memberikan informasi seperti yang tertera pada Seksi 2 di formulir ini.

SPESIALIS JASA KEUANGAN

SEKSI 2

Saya menguasai kepada _____, yang hubungannya
NAMA ORANG ATAU PERUSAHAAN

dengan saya sebagai _____ untuk memberikan informasi
DOKTER, TETANGGA, RELASI, DLL.

sebagai berikut ini kepada Departemen Pelayanan Sosial dan Kesehatan.

TANDA-TANGAN PEMOHON/PENERIMA

TANGGAL

SEKSI 3

KEPADA YANG MEMBERIKAN INFORMASI

Berikanlah informasi yang anda yakin adalah benar. Tuliskanlah TIDAK TAHU bila tidak dapat memberikannya. Tuliskanlah tanggal dan tanda-tanganilah formulir tersebut beserta alamat dan nomor telepon anda. Bila memerlukan ruangan tambahan, lampirkanlah halaman-halaman tambahan.

TANDA TANGAN

TANGGAL

ALAMAT

NOMOR TELEPON